



PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 15ª REGIÃO

~~ANEXO III AO ATO REGULAMENTAR GP Nº 14/2014~~

~~PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA~~

~~FORMULÁRIO PARA APRESENTAÇÃO DE NOTAS OU CUPONS FISCAIS~~

~~NOME DO BENEFICIÁRIO:~~ _____

~~MATRÍCULA Nº:~~ _____

~~LOTAÇÃO:~~ _____

NOTA FISCAL Nº	DATA DE EMIÇÃO	NOME DO MEDICAMENTO (PRINCÍPIO ATIVO)*	MARCA COMERCIAL (SE HOUVER)	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL

~~*Nome do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo conforme a Denominação Comum Brasileira – DCB.~~

~~LOCAL E DATA:~~ _____

ASSINATURA